



PRESCRIZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA		CSD.B
REVISIONE 00	Settembre 2023	Pag. 1/1

Alla Coordinatrice del Centro Diurno Borghi

Io sottoscritto/a in qualità di
Medico di Medicina Generale di ospite del
Centro Diurno Borghi di Modena

dichiaro che

l'ospite necessita di somministrazione della terapia farmacologica dal giorno / / 202X al giorno / / 202X (max 6 mesi) secondo lo schema di seguito allegato nella fascia oraria di permanenza nel centro

Terapia Farmacologica	dosaggio	Modalità di somministrazione	Intervallo temporale della somministrazione ore	
			dalle ore	alle ore

che la suddetta assunzione della terapia farmacologica può essere effettuata in autonomia dall'ospite con l'aiuto degli OSS.

che la suddetta terapia deve essere somministrata da personale infermieristico non potendo essere somministrata in altro modalità o fascia oraria e di cui si allega il foglio informativo: informazioni per l'utilizzatore

l'ospite può necessitare di somministrazione della terapia farmacologica al bisogno da parte del personale infermieristico dal giorno / / 202X al giorno / / 202X (max 12 mesi) secondo lo schema di seguito allegato e di cui si allega il foglio informativo: informazioni per l'utilizzatore

evento		SINTOMATOLOGIA	VERIFICHE E AZIONI
attivazione Famiglia	attivazione 118	TERAPIA AL BISOGNO	Modalità e dosaggio
SI	SI/NO		

In fede

Modena, / / 202